



TITLE:

臨床瑣談

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床瑣談. 日本外科宝函 1937, 14(1): 193-203

ISSUE DATE:

1937-01-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204787>

RIGHT:

臨 床 瑣 談

化膿性炎症ノ症状ヲ呈セル乳兒非化膿性多發性關節炎

野 間 勇 (京都外科集談會昭和11年10月例會所演)

患 者：生後8ヶ月，男兒

主 訴：諸關節ノ腫脹

現病歴：本年(1936)11/Ⅺ，誘因ト思ハルヽモノナク右膝關節部ニ發赤腫脹ヲ來シ運動ノ際強ク泣クニ氣付ケリ。當時體溫ハ40°C前後ナリシモ2日後ニハ38°Cニ下リ，其ノ翌日兩側足關節ニ，更ニ數日ノ内ニ左膝關節部，右肩胛關節部，左腕關節部，右下顎關節部ト相繼デ同様ノ腫脹ヲ呈スルニ至レリ。此ノ間惡寒戰慄ヲ來セシコトナシ。不機嫌ニテ食慾減退アリ。

既往症：出産ハ滿期安産デ異常ヲ認メザリシモ其ノ後ノ發育良好ナラズ，其ノ上本年8月腸加答兒ニ罹患シー層衰弱ノ度ヲ加ヘタリ。栄養ハ混合栄養。

遺傳的關係：特記スベキモノナシ。

一般の所見：體格中等，栄養頗メテ不良，皮膚ハ強度ニ貧血性ナルモ黄疸，發疹等ヲ認メズ。脈搏頻數1分時約140，呼吸安靜1分時約40。顔貌蒼白憔悴シ，口唇ハ貧血性ニテ舌ニハ白キ苔ヲ認ム。兩側腋窩淋巴腺ハ拇指頭大ニ腫脹ス。腹部ニハ一般ニ中等度ノ膨滿，鼓腸アリテ且ツ左上腹部ニ臍高ニ迄達スル脾臓肥大ヲ證明スル外靜脈怒張，腹壁緊張等ヲ認メズ。

血液所見：白血球數 16300，赤血球數 235萬，血色素 41%，血液像所見ハ中性多核白血球增多症 (65%) (滿1歳正常30%)ヲ認ムル外著變ナシ。兩親ノワ氏反應其ニ陰性。

局所々見：左足關節外側部ニ扁桃大，左足背ニ鳩卵大，右足關節部ニ鳩卵大ノ腫脹2個，左膝關節部ニ瀰漫性腫脹，右肩胛關節部ニ鶏卵大，左腕關節部ニ鳩卵大，右下顎關節部ニ扁桃大ノ膨瘤夫々アリテ境界ハ何レモカナリ著明，該部ノ皮膚ニハ發赤腫脹，著明ナル靜脈怒張等ヲ認メザルモ輕度ノ熱感アリ，何レモ著明ナル波動ヲ證明ス。尙ホ右大腿ハ膝關節ニ互リ強ク腫脹シ股關節ニテ外轉外旋位ヲ取り，同大腿ノ皮膚ニハ熱感ナキモ高度ノ緊張ト浮腫アリ股淋巴腺ハ彈性軟ニ腫大ス。

以上ノ所見ヲ總括セバ，強度ノ衰弱，諸關節ノ腫脹，淋巴腺腫脹，脾臓肥大，白血球增多症，貧血症ナリ。

手術所見：各膨瘤ノ波動最モ著明ナル部ニ小切開ヲ加ヘタルニ，帶綠黃色ノ惡臭ナキ均等性ノ稀薄膿ヲ多量ニ得タリ。夫々「タンポン」ヲ施シ手術ヲ終ル。

膿汁ノ寒天培養48時間後菌ノ發育ヲ認メズ。

右股淋巴腺ノ組織標本：淋巴腺ノ胚芽組織ノ増殖ヲ認ムルモ腫瘍等ノ所見ナシ。尙ホ組織中ニハ多核白血球ヲ缺除シ本稍ニ急性ノ化膿性炎症ナキヲ思ハシム。

考察：1) 血液所見並ビニ熱型ヨリ觀ル時ハ化膿性疾患ヲ想ハシメ，膿並ビニ淋巴腺組織標本ヨリハ非化膿性疾患ヲ思ハシム。2) 乳兒ニ來ル多發性關節炎ハ極メテ稀ナルモノデアル。多發性關節炎ニ熱，脾臓肥大，淋巴腺腫脹等ヲ合併シテ來ル小兒疾患ニ Still 氏病アリ。本例ハ之ニヨク似タ例デアルガ果シテ之ト全然同一ノモノナリヤ否ヤ，或ハ以上ノ症状ハ輕度ノ敗血症ノタメ招來セシモノカハ尙ホ研究ヲ要ス。

化骨性筋炎ノ1例

鬼 川 誠 (京都外科集談會昭和11年10月例會所演)

患 者：23歳，男子

主 訴：左上膊肘關節ノ伸展運動障礙

現病歴：昨年春ヨリ銃剣術ヲ初メ、本年6月ヨリ選手トシテ練習シ、左上膊ノ撞突ヲ屢々反復シ、9月10日左上膊ノ發赤、腫脹、疼痛ヲ來タセシモ冷罌法ヲ施シタ儘練習ヲ繼續セシニ9月17日ニ到リ、肘關節ノ伸展運動障礙、左手ノ握力減退ヲ來タシ、練習ヲ中止スルニ至リテ該部ノ發赤、腫脹、疼痛ハ消退セルモ壓痛、硬結ヲ殘シ、肘關節ノ伸展運動機能障礙ハ漸次其ノ度ヲ増強スルニ至ル。

一般所見：體格榮養共ニ佳良、脈膊正常、緊張良、顔貌正常。

局所所見：左上膊肘關節ハ150度以上伸展セズ、他動的ニ力ヲ加フルモ伸展不可能ニシテ、牽引痛ヲ訴フ。然シ肘關節ノ屈曲、內轉及ビ外轉運動ニハ機能障礙ヲ證明セズ。視診上、上膊ノ發赤、腫脹ナク、觸診ニ因リ、左上膊前内側中央部ニ骨様硬ノ紡錘形ヲナセル凡ソ鳩卵大ノ硬結アリ、境界比較的明瞭。皮膚トノ癒着ヲ認メザルモ在下組織トノ癒着ヲ證明シ、移動性殆ンド認メラレズ、壓痛アルモ屈伸運動ニ際シテハ疼痛ナシ。

X 線検査 (X 線寫眞供覽)：軟線撮影ニ依リテモ該硬結ノ陰影ヲ認メズ。骨膜ノ輕度ニ肥厚セルヲ認ム。

手術所見：局所麻醉ノ下ニ上膊内側中央部ニ凡ソ 8cm ノ皮膚切開ヲ加ヘ、二頭膊筋ノ外側ヨリ上膊筋ニ注スルニ萎縮硬化セル筋組織ニ包マレタル、凡ソ拇指頭大ノ軟骨様硬結アリ、上膊筋ノ一部ヲ切除剝離シ骨膜トノ強キ癒着ヲモ切除摘出シ、同時ニ該部骨膜ノ一部ヲモ切除セルニ肥厚ヲ認メタリ。摘出後直チニ肘關節ハ180度マデ正常ニ伸展可能トナリ、筋肉、皮膚縫合ヲ行ヒ手術ヲ終了ス。

術後經過良好ニシテ10日目ニ退院セリ。

組織標本所見：筋纖維ノ間ニ至ル處ニ古キ出血ヲ認ムルモ化骨ノ狀態ヲ認メズ。然シ筋纖維及ビ粗鬆性結締組織中ニ多數ノ圓形細胞ノ浸潤ガ認メラレ、同時ニ筋纖維ノ變性ガ認メラレ、骨膜ニハ結締組織纖維ガ増殖シテ筋結締組織ノ間ニ強く入り込ンデ居リ、古キ炎症ノ存在セシ事ガ認メラレ。

考察：化骨性筋炎ハ鐵槍骨トシテ陸軍歩兵特有ノ疾患トサレ、其ノ成立機轉ニ關シテハ骨膜說、筋源說ノ兩說對立シ論議セラレテ居ルガ本症例ハ骨膜說ニテ説明シタキ化骨性筋炎ノ1例ト認メル。

遺傳性失調症ノ1異型 (患者供覽)

山 本 四 明 男 (京都外科集談會昭和11年10月例會所演)

患 者：35歳、男子、染物商

主 訴：歩行障礙並ビニ腹部、兩下肢及ビ手ノ知覺障礙

家族歴：父ハ大酒家ニテ時ニ1升位飲ム事アリト。兩親ハ血族結婚ニ非ズ、又微毒ヲ思ハシムル如キ症狀ヲ來セシ事ナシ。他ノ同胞ニ患者ノ如キ歩行障礙ヲ來セル者ナシト云フ。叔母1人胃癌ニテ死亡セル他、特記ス可キ遺傳的關係ヲ認メズ。

既往歴：生來全く健康ナリシモ、18,9歳頃ヨリ次第ニ視力が減退シ、同時ニ兩上肢ノ「シビレ」感、脱力感ヲ覺エシガ、醫療ニヨリ約1ヶ月ニテ治癒セル他、著患ヲ知ラズ。特ニ頭部、背部ニ外傷ヲ受ケシ事ナシ。性病ヲ否定ス。飲酒、喫煙ハ少量嗜ム。

現病歴：5,6年前ヨリ何等誘因ナクシテ、下腹部ヨリ兩下肢ニ「シビレ」感ヲ覺エシガ、歩行障礙ヲ來サズ。同時ニ時々食事は關係ナク惡心、嘔吐アリ、特ニ空腹時ニ激シ。爾來同處ノ知覺鈍麻ノ程度ハ同ジナリシガ、次第ニ兩膝關節部ニ倦怠感ヲ覺エ歩行ガ困難トナリ、蹣跚スルニ至ル。特ニ朝起キシ時著シ。2,3ヶ月前ヨリ兩手ニモ「シビレ」感ヲ覺エシガ、震顫ナシ。昨年頃ヨリ聴力が減退シ、最近ハ時々眩暈、耳鳴、惡心及ビ嘔吐アリ、記憶力モ減退セリト云フ。食思、睡眠共ニ稍良好。便通ハ1週ニ1回位デ便秘ニ傾ク。排尿困難ナシ。

現 症：體格、榮養中等。皮膚、粘膜ニ貧血ナク、何處ニモ梅毒、發疹、腫瘍、浮腫ナシ。頭部大サ、

形態尋常，頭髮異常ナク叩痛，壓痛點ナシ。顔面均齊，顔面筋運動麻痺ナシ。眼裂左右差異ナク，結膜，角膜異常ナシ。瞳孔左右略圓形，同大，對光反射，調節反射共ニ銳敏。眼底ニハ(眼科ノ検査ニヨリ)左右輕度ノ視神經萎縮ヲ證明サレシ他，鬱血乳頭等ハ認メラズ。眼球ノ位置，運動尋常ナルモ側方凝視ノ際，稍眼球震盪症ヲ證明ス。耳，鼻外形異常ナク，(耳鼻喉科ノ検査ニヨリ)慢性加答兒性中耳炎及ビ内耳ノ検査ニヨリ右側ガ左側ニ比シ興奮性ナル他，著變ヲ證明セズ。口腔，頸部，胸部及ビ腹部臟器異常ナシ。脊柱略正，強直，叩痛，壓痛等ナシ。四肢均齊，發育尋常，筋萎縮，畸形ヲ認メズ。上肢ノ粗大力，筋緊張略尋常，震顫，運動障礙ナク，各反射尋常。バラニー氏指示試驗略尋常，運動變換不能症ナシ。手書ハ僅ニ粗大ナル震顫ヲ伴ヒ稍拙劣。下肢ノ粗大力左右共ニ減退セルモ，筋緊張略尋常，運動ハ緩慢，活潑ナラズ。仰臥位ニテ下肢ヲ伸展セシムルニ，膝ヲ一度外側ニ倒シテ後伸展ス。跟膝重載試驗失調アリ。起立セシムルニ，上體ヲ少シ前方ニ屈シ，股，膝關節ヲ稍屈シタル姿勢ヲトリ，頭部，軀幹ノ動搖ハ甚シキモノナキモ之ヲ認ム。兩足ハ約20cm距テテ立チ，之ヲ接近セシムレバ不安トナリ動搖ガ増ス。閉眼セシムルト動搖激シク倒レントヘ。即チロンベルグ氏症候陽性。歩行ハ緩徐，注意深ク小股ニ歩行シ波狀ニ蹣跚シ捺印狀ナリ。坐位ニテハ動搖セズ。言語ハ稍單調ナルモ構語障礙ナシ。

知覺検査：兩手ノ腕關節以下兩面ニ觸覺鈍麻ノミアリ。腹部ハ，上ハ略乳頭ノ高サ，下ハ恥骨縫合，左右ハ上部ハ略兩側乳線ニ境サレ，下部ハ腸骨前上棘狀突起ニテ境サレタル範圍ニ知覺鈍麻アリ。觸覺，痛覺，寒溫覺何レモ侵サル。背部ハ第Ⅻ胸椎ノ棘狀突起ノ高サヨリ，兩側腎部ニ互リ知覺鈍麻アリ。第Ⅲ腰椎ノ棘狀突起ノ高サヨリ上部ハ觸覺ノミ，下部ハ觸覺，痛覺，寒溫覺何レモ侵サル。下肢ハ兩下腿ノ後面ニテ膝窩ヨリ足趾ニ知覺鈍麻アリ。觸覺，痛覺，寒溫覺何レモ侵サル。兩下肢ノ深部知覺ハ輕度ニ障礙サル。

腹壁反射左右不著明。提辜筋反射尋常。膝蓋腱及ビアヒレス腱反射共ニ左右消失。ババンスキー氏現象右側ハ陽性，左側ハ暗示アリ。其他ノ病的反射及ビ足搖搦ヲ證明セズ。

血液検査：血液像ニ異常ヲ認メズ。血清ノワ氏反應ハ陰性。

尿検査：異常ナシ。

腰椎穿刺：液壓ハ右側臥位ニテ，初壓，140mm水柱，10cc採取シテ，終壓，50mm水柱。クエツケンシユテット氏症候陰性。腦脊髄液ハ透明ニシテ極ク輕度ノ黃色調ヲ帶ベドモ，自然凝固，蜘蛛網ヲ析出セズ。細胞數，6個。グロブリン反應弱陽性。蛋白量ハ4小分劃(ニツスル・エスバツハ)。ワ氏反應ハ陰性。

X線検査：脊柱骨ハ第Ⅴ腰椎ノ薦椎化ノ他異常ナク，頭蓋骨ハ土耳古軟窩ノ擴大等ナク著變ヲ認メズ。

診 斷：本症例ハ遺傳性或ハ家族性ヲ證明セザルモ，以上ノ所見ニヨリ小腦系及ビ脊髓後索ノ慢性疾患ナル遺傳性失調症ノ1異型ト診斷サル。

考察：遺傳性失調症ハフリードライヒ氏ガ家族性或ハ遺傳性ニ出現スル失調症ヲ記載センガ始メニシテ，主トシテ脊髓後索ヲ侵シ，又小腦側索，ガワー氏索，クラーク氏柱，時ニ錐體路，稀ニハ後根等ニ來ル系統的退行變性ヲ本態トシテ，家族のニ少年期——思春期ニ發現スル進行性四肢失調ヲ主徴トシ，知能障礙，脊柱及ビ足ノ畸形，言語障礙，腱反射減退又ハ消失，眼球震盪症等ガアリ，時ニ四肢筋萎縮ヲ伴ヒ，知覺ハ久シク侵サレズ，且ツ直腸膀胱機能障礙ナキヲ特異トス。

マリー氏ハ遺傳性失調症ノ變型トシテ *Hérédoataxie cérébelleuse* ヲ記載ス。主トシテ小腦及ビ小腦側索ヲ侵シ，成年期以後ニ出現スル失調ノ他ニ眼筋麻痺，眼瞼下垂，視神經萎縮，瞳孔對光反射強直，腱反射亢進，足搖搦，精神的廢頹等アリ。脊柱及ビ足ノ畸形ナク，知覺障礙ハ比較的屢之ヲ認メ，筋緊張減退アリ，稀ニ嚥下運動及ビ排尿困難ヲ來シ，舞蹈病様ニ隨意運動ヲ伴ヒ，病勢ハ進行性ナリ。然レドモ此兩型ハ本態のニ別個ノモノニ非ズ，同ジク遺傳的退行變性ノ異

ナレル場所ニ出現セルニ過ギズ。同一ノ變化ハ小腦及ビ脊髓ノ何レニモ出現シ、進ンデ大腦ヲモ侵シ得ルモノナリ。故ニ本症例ハ此兩型ノ混合型ト見做ス可キモノナリ。

轉移性化膿性骨膜炎

今 井 次 雄 (京都外科集談會昭和11年10月例會所演)

患 者：29歳，男

主 訴：右前膊ノ有痛性腫脹及ビ兩側上腿瘻孔ヨリノ膿液分泌

現病歴：昭和7年4月右前膊及ビ兩側上腿ニ強キ打撲ヲ受ケ前膊ニハ創ヲ生ジタルモ上腿ニハ創ヲ認メザリキ。然ルニ上腿部ハ疼痛甚シク、歩行障礙サレ湯治等ニヨリテ約2ヶ月ニテ疼痛去レリ。

昭和9年12月原因ト認ムベキモノナクシテ、右上腿ニ鶏卵大ノ腫脹ヲ來シ全身ニハ熱感ナクシテ局部ニ壓痛ヲ覺ユ。ヨリテ翌年2月該部ニ切開ヲ受ケテ排膿シ約1ヶ月ニテ治癒セリ。其ノ後順次ニ左上腿、前頸部、右足背及ビ左上腿ニ同様ノ腫脹ヲ來シ、切開ヲ受ケ各々1ヶ月乃至2ヶ月ニテ治癒ス。本年2月兩側上腿ニ再び同様ノ腫脹ヲ來シ5月切開ヲ受ケ排膿アルモ今日ニ至ル迄治セズ。尙ホ1ヶ月前ヨリ右前膊ニ同様ノ有痛性腫脹ヲ來セリ。

既往症：生來健康ニシテ無痛性横痃、發疹、毛髮脫落等ヲ來セルコトナシ。

現 症：體格榮養共ニ佳良ナル男子。右前膊尺骨側ノ中央部ニ瀰慢性腫起ヲ認ム。大サ鶉鳥卵大、該部皮膚色尋常ソノ周圍ニ靜脈怒張及ビ異常搏動ヲ認メズ。コノ腫起ヨリ3cm下部ニ巾2cm長サ3cmノ帶白色ノ瘢痕ヲ認ム。コノ瘢痕ハ尺骨ヨリヨク移動ス。腫起ニハ熱感壓痛アリ軟骨様硬、鶉鳥卵大ソノ境界不鮮明ニシテ、周圍ニ硬結ヲ認メズ、而シテ該部ハ皮膚ヨリヨク移動スルモ尺骨ヨリハ移動セズ。

右上腿伸展側ノ中央部ニ3cmノ褐色ノ瘢痕アリ。ソノ周圍ハ少シク陷入シ瘢痕ノ中心部ニ小豆大赤色ノ膨起ヲ認ム。之ハ肉芽ヲ以テ被ハレソノ中央ニ瘻口ヲ認ム。黃色漿液様ノ分泌液ヲ出シ深サ8cm深部ニ膿瘍腔ヲ認メズ、底部ニ骨ヲ觸レズ。コノ瘻ノ下方3cm及ビ8cmノ場所ニ褐色ノ瘢痕アリ、此等瘢痕ノ周圍ニ硬結ヲ認ムルモ熱感、壓痛ヲ證明スルコトナク軟部組織ト共ニ移動セズ。

左上腿伸展側ノ中央部ニ同様ノ瘻口アリテ深サ5cm膿瘍腔及ビ底部ニ骨ヲ證明セズ、周圍ノ軟部ヲ移動セシムルニ瘢痕ハ移動セズ。屈曲側ノ中央部ニ帶白色ノ巾2cm長サ5cmノ瘢痕ヲ認ム骨部ヨリヨク移動ス。右外踝下ニ2cmノ瘢痕アリ。胸骨上端部ニモ同大ノ瘢痕ヲ認ムルモ、ヨク骨部ヨリ移動ス。

左下腿脛骨側下 $\frac{1}{2}$ ノ場所ニ大豆大ノ膨起アリ、皮膚ハヨク移動スルモ骨部ヨリハ移動セズ。患者ノ訴フル所ニヨルト幼時同所ニ打撲ヲ受ケテ生ジタルモノニシテ以來ソノ大サニ變化ヲ見ザルモノナリト。

血液像：淋巴球増加ヲ見ル外著變ヲ認メズ。赤血球沈降速度尋常。

レントゲン像：右尺骨ニハ皮質部ノ肥厚ヲ認メ、腫脹部ニ僅微ノ骨缺損ヲ認ム。兩側下腿ニハ皮質部ノ肥厚ヲ認ムルノミ。

診 斷：轉移性化膿性骨膜炎。

手術所見：右前膊腫脹部ニ5cmノ切開ヲ加ヘタルニ尺骨骨膜外ノ筋肉層ニ肉芽組織ヲ認メタルモ、骨膜ハ銀白色ニシテ肥厚ヲ認メズ、ヨリテ搔把ヲ行ヒテ縫合セリ。(術後7日目抜糸シ手術創ハ第Ⅰ期治癒ヲ營ミタリ。)

肉芽組織面ヨリ培養セルニ菌ノ發育ヲ認メズ。之ノ食鹽水浸出液ニヨル蛋白質分解ヲ證明セズ。

ヨリテ上腿ノ瘻ノ分泌液ヨリ培養シタルニ白色及ビ黃色化膿性葡萄狀球菌ヲ認メタリ。

入院後20日ニシテ幼時打撲ニヨリテ生ジタル、左下腿ノ骨肥厚ガ更ニ腫脹シ輕度ノ熱感及ビ壓痛ヲ認ム。ノノ後5日シテ波動ヲ證明セル故ニ試驗穿刺ヲ行ヒタルニ黃色膿様液少量ヲ得タル故、之ヲ培養シタルニ化膿性黃色葡萄狀球菌ヲ得タリ。該部ノレントゲン像ニハ骨及ビ骨膜ノ變化ヲ認メズ。

考察：本例ハ毒力弱キ化膿性黃色葡萄狀球菌ニヨリテ起リタルモノニシテ、既ニ菌ハ血液

中ニ存在シ抵抗減弱部位ニ定住シテ病竈ヲ生ジタルモノナリ。

患者ニハ瘻ヨリ得タル黃色及ビ白色化膿性葡萄狀球菌ノ「コクチゲン」ヲ用ヒテ全身ノ免疫力ヲ増大スルノ方針ヲ取りツツアリ。

化膿性乳房炎ヨリ敗血症へ

今 井 次 雄 (京都外科集談會昭和11年10月例會所演)

患 者: 22歳, 女

主 訴: 右側乳房ノ有痛性腫脹

現病歴: 本年8月中旬右側乳房ニ赤色ノ腫瘍ヲ生ジ甚シキ疼痛アリ, 9月2日切開排膿ス。

既往症: 特記スベキコトナク, 8月5日健全ナル女子ヲ分娩ス。

現 症: 體格稍々小, 栄養中等度, 右側乳房ハ一般ニ腫脹シ小兒頭大, 乳嘴線上 3cm 上部ニ長さ 4cm ノ紡錘形ノ皮膚缺損部アリテ貧血性ノ肉芽ヲ以テ被ハレ, ソノ表面ニ黃白色ノ苔アリ, 白色ノ分泌液ヲ認ム。上外4分圓部ハ腫瘍狀ニ膨起シ紫藍赤色ヲ呈シ熱感壓痛ヲ認ム。コノ深部ニ手拳大彈性硬ノ有痛性腫瘍様物ヲ證スルモ波動ヲ證明セズ。乳房ノ周圍ニ數條ノ靜脈怒張ヲ認ム。

血液像(入院時): 赤血球數 480萬, 「ヘモグロビン」含有量 65% (Sahli), 白血球數 8900 (中性多核白血球 73%, 小淋巴球 13%, 大淋巴球 7%, 單核細胞並ビニ移行型 7%), 即チ輕度ノ白血球增多症アリ。

診 斷: 化膿性乳房炎。

手 術: 膨起部ニテ乳嘴ニ放射狀ニ約 3cm ノ切開ヲ加フルニ強靱ナル膿瘍壁ヲ認ム。濃厚ナル帶黃灰白色ノ膿ヲ出セリ。「ゴム」管ニヨリテ排膿ス。

培養上化膿性白色葡萄狀球菌ヲ證セリ。

經 過: 術後3日目排膿「ゴム」管除去, ソノ後輕度ノ發熱ヲ見, 10日目右側創緣部ニ膿液ノ潑溜ヲ認メ, 排膿ヲ試ミタルニ拘ラズ 39°C ニ及ブ弛張熱ヲ見タル故ニ14日目更ニ檢スルニ左側創底ニ膿液潑溜ヲ認ム。

ヨリテ創底ニ於テ左右創ヲ通ゼシメ乳房左端ニ對孔ヲ作ル。其ノ後分泌液殆ド無キニ拘ラズ 39°C ニ及ブ弛張熱ヲ發シ, 患者ハ著シク衰弱シ敗血症ノ如キ症狀ヲ呈セルモ肝臟肥大ヲ認メズ。ヨリテ連滴混合「コクチゲン」(1cc 宛1日3回) 靜脈内注射ヲ試ミタリ。20日後ニ及ブモ創緣ニ上皮形成ノ徵候ヲ認メザルノミナラズ却ツテ左右創間ノ橋梁狀ノ皮膚ハ暗紫色ヲ呈シテ皮下互ニ相通ジ, 23日目ニ壞疽ニ陥リテ脱落シ遂ニ1箇ノ圓形ノ創面トナレリ。創面ノ肉芽組織ハ益々貧血性ニシテ創緣ハ次第ニ壞疽ニ陥リテ脱落シ創面次第ニ擴大シテ全乳房ノ3/4ヲ占ムルニ至レリ。但シ22日目ヨリ局所ニ自家「コクチゲン」軟膏ヲ貼布セリ。

考察: 化膿性白色葡萄狀球菌ニヨル感染創ハ比較的慢性ノ經過ヲトルモノニシテ, カハル乳房炎ニアリテハ次第ニ創面擴大シテ遂ニハ軀幹部全般ニ潰瘍ヲ形成スルコトアリ。患者ニ於テモ創面次第ニ擴大セントスル傾向アリ熱型ハ一見敗血症ヲ思ハシメルモノナルガ, 患者ノ一般症狀ヲ見ルニ敗血症トシテノ最惡ノ症狀ヲ示サズ, 又血液所見(10月20日再検査)ニ於テモ白血球 7900, 中性多核白血球 78%ニテ白血球減少ヲ認メズ, 之レ未ダ防禦作用保存サレ居ル證ナリ。Lenhartz ノ統計ニヨレバ化膿性葡萄狀球菌ハ 95%ニ於テ Pyämie ヲ見, 5%ニ Septicämie ヲ起シ, 然モ大部分ハ黃色葡萄狀球菌ニヨルモノデアリ, 白色又ハ枸橼色葡萄狀球菌ニヨルコトハ稀有ナリト。今日ノ狀態ニ於テハ菌ノ毒力ト患者ノ之ニ對スル抵抗力トガ略々平衡ノ狀態ニアルモノト推定ス。之ニ對スル治療法トシテハ全身營養, 血液中ノ細菌驅逐, Reticuloendothelial-

system の機能ヲ旺盛ナラシムルコトニ注意スベキナルガ、本例ニテハ輸血(2回)ガ治效最モ顯著ニ思ハレタリ。

11月10日患者ノ榮養ハ佳良トナリ、乳房創面モ大體治癒傾向ヲ示スニ至リタリ。

前額竇遺殘死腔ノ處置ニ就テ

野 村 一 郎 (京都外科集談會昭和11年11月例會所演)

10月ノ京都外科集談會デ「化膿性骨膜炎ト診斷サレタル前額竇蓄膿症ノ1例」ヲ報告シタガ(204頁參照)、其ノ後此ノ患者ニ次ノ様ナ手術ヲ行ツタ。

手術(30/X)：左側鼻根部ニ於テ上顎骨前頭突起上ニ、ソノ長經ニ沿ヒテ約2cmノ皮切ヲ加ヘ、上顎骨前頭突起部ヲ露出シ、骨膜ヲ剝離シタル後上顎骨前頭突起ヲ切除シタ。コノ部ニ於テ鼻粘膜ニ約1.5cmノ縱切開ヲ加ヘテ鼻腔ヲ開キ、次イデコノ開口部ヲ通ジテ Emptyemresthöhle ヨリ鼻腔ヘ細イネラトン氏ノカテーテルヲ排膿管トシテ挿入シタ。次ニ Emptyemresthöhle ノ Dach ヲ成ス骨部ヲ切除シテ Emptyemresthöhle ノ周壁ヲ平坦ニシ、今迄3回ノ手術ニ依リ不整形ニ瘢痕性ニ收縮セル創縁軟部組織ヲ anfrischen シ、腸線ニテ絲ガ Emptyemresthöhle ノ内腔ヘ露出シナイ様ニ皮下ニテ結節縫合ヲ施シテ Emptyemresthöhle ヲ閉ヂ、次イデ皮膚ニ結節縫合ヲ施シ手術ヲ終ツタ。

經過：ゴム排膿管ヨリノ排膿狀態ハ良好ニシテ鼻根部及ビ眼窩部周圍ニ於ケル「チアノーゼ」並ビニ浮腫モ漸次消失シ1週間後抜糸、第Ⅰ期癒合ヲ見タ。

考察：斯ル手術ノ Prinzip ハ Killian モ用ヒテ居ルガ、本例ニ於テハ最初カラ計劃的ニ行ヒ得タノデハナクシテ、Emptyemhöhle ト Nasenhöhle トノ間ニ最初全ク自然ノ交通ガ無カツタモノデ、先ヅ Emptyemhöhle ノ前壁ガ開放サレテ居タコトニ於テ普通アル前額竇蓄膿症ト多少趣ヲ異ニシテ居ル。

追 加

淺 井 東 一

只今ノオ話ニ非常ニヨク似タ1例ヲ最近京大星野臨牀デ經驗シタ。

患者ハ26歳ノ婦人。本年9月左側前額部ニ瀰漫性ノ膨隆ヲ來シ、手術ヲ受ケタルモノノ後手術創ハ治癒セズ、終ニ吾々ノ臨床ヲ訪レタモノデアル。

診ルト「丁度眼窩上縁ニ沿ウテ弧狀ノ治癒手術創ガアリ、ソノ中央約2cm長ノ部分ハ瘻管ヲ形成シ、膿汁ヲ漏出シテキル。上眼瞼結膜ハ外翻シ強ク水腫狀ヲ呈シテ居ル。

ソコデ Killian ノ方法ニ從ツテ眉カラ鼻根ニ向ツテ弧狀ノ皮切ヲ入レテ開ケテミル、眼窩上縁及ビ其カラ後方ヘ向ツテ前額竇ノ下壁ニ10錢白銅貨大ノ窓ガアケテアルダケデ、鼻腔ヘ向ツテノ排液路ガ全クツケテナイ。シカモ前額竇ノ粘膜ニハ何等ノ處置ガ施シテナイコトガワカツタ。本患者ノ額ノ創傷ガイツマデモ治ラナカツタ原因ハコノニアツタノデアラウト考ヘラレル。

ノコデ前ノ手術ニヨル眼窩上縁ノ骨缺損部トノ間ニ骨弓ヲ殘シ、前額竇前壁上部ニ新タニ1錢銅貨大ノ窓ヲアケ、ソコカラ前額竇内ヲ見ナガラ粘膜ヲ全ク取り除イタ。ソレカラ新シイ手術創ハ勿論、古イ手術創縁ハ新鮮ニシテ縫合シタ。兩創共完全ニ治癒セシムルコトガ出來タ。

コノ手術ヲスル場合一番大切ナコトハ鼻腔ヘ向ツテノ排液路ヲ充分設置スルコトニヨツテ、額面ニアル醜惡ナ創ヲ完全ニ治癒閉鎖セシムルコトニアルコトハ言フ迄モナイ。充分ナ排液ヲハカルタメニハ、

1) 排液路ノ前壁ヲナス上顎骨前頭突起、鼻骨ノ一部ヲ除去スルコト。コノ場合前上方カラ下後方ニ向ツテノミヲ入レルト下殘存鼻腔前壁ガ口ヲ上ニ向ケタ漏斗狀ニナリ排液ニ好都合ニナル。2) 排液路後壁ヲ

ナス前篩骨蜂窩ノ開鑿ヲ行フ。3) 更ニ中甲介ノ前下部ヲ切除シテ鼻腔内ノ排液路ヲ擴大スル。等ノコトガ必要デアル。

今演者ノオ話を承ルト、鼻腔ヘノ排液路ヲツケルタメニ僅ニ上顎骨前頭突起ヲ取除カレタダケノヤウデア。此デハ永久的ノ充分ナ排液ハ恐ラク不可能デアラウ。演者ノオ考ハ膿胸ノ場合ノ閉鎖性療法ト同様ニ短時間ノ排膿ヲ以テコト足レリトセラル、ノカモ知レナイガ、鼻腔ノヤウナ天與ノ良好ナル排液管タリ得ル所ガアリ、シカモ容貌上カラ云ツテ絶對的ニ第Ⅰ期癒合ヲ必要トスル顔面ノ手術創ニ於テハヤハリ再手術ノ必要ニセマラレルヤモハカリ難イ危險ノ少シデモ少ナイ手術方法ヲ選ブノガ安全デアラウト思フ。

附 記

上記野村一郎所演例ニハ其後毎日1回宛排膿管ヲ通シテ連葡混合「コクチゲン」ノ注入ヲ行ツタ。排膿量ハ時日ノ經過ト共ニ漸次減少シ、術後26日目ニハ全ク排膿ヲ視ザルニ至ツタ。然レ共尙ホ念ノタメニ排膿管挿入ヲ繼續シタトコロ、引キ續キ排膿ナキ状態ニアツタ故12月1日排膿管ヲ拔去シ、患者ハ12月3日全治退院シタ。

猶ホ本患者ニテハ前額竇ノ粘膜ヲ全部取り去ルトカ一部取り去ルトカ言フ如キ手術ヲ行ハナカツタ。出來ルダケ生理的ノ状態デ粘膜ノ eitriger Katarrh ソレ自體ヲ治スルコトヲ目的トシタ。

膿ノ排出口ヲ擴大シ、マタ其ノ排出口ノ數ヲ増加スルダケデハ必ズシモ粘膜ノ eitriger Katarrh ハ治ルトハ限ラナイ。之ニ反シ疾病ノ根本デアルトコロノ粘膜ノ eitriger Katarrh サヘ加療サレテ治癒スルナラバ、「カタル」性滲出液(膿)ノ排出口ノ増設ヤ擴大ハ必要デハナイ。

前額竇内ノ粘膜ガ假リニ完全ニ取り去ラレタトシテモ、其跡ニハ必ズ一時化膿性炎症ガ起リ膿ノ溜溜ガ起ル。コレガ消滅スルト肉芽ガ發生シ瘢痕性萎縮ガ之ニ次グ。此際豫メ前方ノ骨壁ガ一部取り去ラレテ居タトスルト、眉間ニハ瘢痕萎縮ニヨル醜形(凹沒)ヲ來スベキデアル。

ソレデアルカラ疾患ノ根本デアルトコロノ前額竇内粘膜ノ eitriger Katarrh ヲ治スコトヲ目的トセズシテ、其ノ粘膜ヲ取り去ル(「ムコクラゼ」)トカ、排膿口ヲ増設スルトカ擴大スルトカラ以テ治療ノ本義ト考ヘルノハ全然横路(邪道)ニ陥リタル治療方針ト言ハネバナラス。野村一郎ノ治驗例ハ之ヲ實際上ニ證明シテ餘リアル。

多發性肝臟膿瘍ノ1治驗例

房 岡 隆 三 (京都外科集談會昭和11年11月例会所演)

患 者: 44歳, 女子

主 訴: 上腹部ノ腫痛

現病歴: 入院2ヶ月前, 旅行中突然, 臍部ニ刺ス様ナ激痛ヲ覺エ Narkotica ノ注射ニテ一時苦痛ハ去ツタガ, 10日後再ビ心窩部ヨリ臍ニ互リ鈍痛ヲ覺エ次デ突キ刺ス様ナ激痛トナリ數回ノ Narkotica ノ注射ニテ始メテ耐ヘ得タ。ソノ後惡心、嘔吐(珈琲残渣様物)、熱感等アリ、次第ニ全身ノ倦怠感、熱感アリ(39°C 前後ノ間歇熱アリ)、上腹部ニハ不快感、次デ緊張感、鈍痛ヲ覺エ、同所ニ膨滿、壓痛アルニ氣付イタ。

現 症: 體格中等、榮養衰へ、皮膚乾燥シ少シク蒼白且ツ黃色ノ Ton アルヲ思ハスモ黃疸ノ程度デハナイ。右横臥位デハ苦痛ナキモ左横臥位ヲトルト上腹部ニ不快感、或ハ鈍痛ヲ訴フ。脈搏整調、1分時100、緊張稍々弱、四肢ニ浮腫ヲ認メズ。

局處所見：腹部一般ニ輕ク膨滿シ就中上腹部中央ヨリ少シク左ノ部ニ強ク、下腹部兩側ノ淺腹壁靜脈怒張セリ。觸診上、上腹部ノ膨滿セル部ニ一致シ小兒頭大ノ腫瘤ヲ觸レ、表面平滑、圓形デ右ノ境界ハ比較的明瞭ニテ正中線ヨリ2横指右、左方ハ不明瞭、上界ハ肋骨弓ニカクレテ不明、彈力性硬、波動ヲ證明セズ、壓痛ヲ訴フ。左横臥位ニテ右境界稍々左ヘ移動スルモ呼吸時ニ移動セズ。打診上全濁音、腫瘤上ハ腸雜音ヲ全然聽カズ。

肺、肝ノ濁音界ハ右乳線上第Ⅺ肋骨デ肝ト腫瘤トノ境界ハ不明、肝ノ縁モ觸レズ。

血液像ニハ白血球增多ヲ認メ、尿ハ蛋白、 γ ウロビリリン¹、 γ ウロビリノーゲン²陽性、グメリン氏反應陰性、ヂアスターゼ³ 27 迄陽性(n. Wohlgemuth)、糞便ニハ Occultes Blut ヲ證明スルノミ。胃、十二指腸液ニハ異常ヲ認メズ。

レ線所見：腫瘤ハ胃外ニテ胃ヲ上ヨリ前下ニ押シ下ゲテキルノミデ胃自己ニハ異常ナシ。

診 断：急性炎症性疾患ナルコトハ確カナルモ如何ナル臓器カラ生ジタモノカハ決定困難ナリ。肝臓壞死ヨリノ肝臓囊腫ヲ考ヘシメル點多々アルモ上界ノ不明ナルコト及ビ肝トノ關係ハ此レヲ疑ハシム。胃十二指腸潰瘍カラノ官網膜膿瘍或ハ限局性腹膜炎トシテモ首肯シ得ズ。肝臓ノモノトシテハ腫瘤ハ餘リニ左ニ偏シテキル。

手 術：正中線切開ニテ腹腔ニ入ルニ腫瘤ハ肝臓左葉ノ腫脹セルモノデ小兒頭大ノ大サトナリ充血シテ cyanotisch、星芒靜脈怒張シテ肝表面ニ網狀ノ像ヲ呈シテキル。腫脹セル部ノ中央ハ稍々白色調ヲ帶ビ彈力性硬、周圍ハ更ニ硬イ⁴ 注潤ヲ示シ古イ肝鎌狀靱帶、肝圓靱帶ト腹膜ガ、左ハ腹膜ガ、下ハ胃及ビ腹膜ガ癒着シテ胃ヲ下後方ニ強ク壓セリ。中央デ試験的穿刺ヲ行フニ 8cm ノ深サデ濃厚、黃色、惡臭ナキ胆汁約 10cc ヲ證明セリ。仍ツテ周圍ヲ充分ニ保護シテ鈍性ニ切開シテ γ ゴム⁵ 排膿管ヲ挿入セリ。更ニ 5cm 下方及ビ腫脹セル肝ノ下面ヲ切開排膿セリ。周圍ハ沃度 γ ホルムガーゼ⁶ デ充分保護シ、胃ト腹膜ハ縫合シテ膿瘍竈ヲ遊離腹腔ヨリ遮斷シテ手術ヲ終ル。

病原菌ハ毒力弱キ黃色葡萄狀球菌及ビ双球菌ト思ハルモノ、2 種ナリ。

經 過：術後經過良好デ、25% 葡萄糖液 50cc ノ靜脈内注射ヲ續ケタ所、次第ニ分泌物モ少クナリ腫脹モ減ジ27日目ニハ僅カノ肉芽創ヲ殘シテ退院セリ。

考 察：本例ハ肝臓囊腫ヲ想ハシメタ多發性肝臓膿瘍ノ1例ナリ。膿瘍ガ左葉ニアリ餘リ左ニ偏シテキタコト、肝鎌狀靱帶、肝圓靱帶ガ腹膜ト癒着シテ右方ノ明瞭ノ境界ヲ作ツテキタコト、及ビ尿中ノ γ ヂアスターゼ⁷ヲ餘リニ重要視シタ爲メニ此ノ様ナ誤リヲ來シタルナリ。

感染経路ハ病原菌ヨリ考ヘ恐ラク肝臓内結石ノ爲メ胆汁ノ鬱滯、抵抗減弱部ヲ作りソレヨリ血液ニヨル病原菌ノ侵入ニヨリ起ツタモノデハナカラウカ。結石ガ出ズシテ創傷ノ治癒セルハ説明ニ苦シムモ或ハ Sand ノ様ナモノデハナカツタラウカトモ思ハル。他ノ膽管カラノモノ、或ハ門脈系カラノ感染ナラバ通常大腸菌、其ノ他ヲ證明スベキデアル。双球菌アリ、肺カラノ二次的感染トスルモ全身症狀ガ餘リニ良好デアリ胸部ニ異常ヲ認メズ。要スルニ現在ソノ感染経路ハ之ヲ充分ニ説明シ得ズ。

膿胸ノ1治驗例

東洋 γ レーオン⁷株式會社附屬病院外科 稻 本 晃 (京都外科集談會昭和11年11月例會所演)

余ハ最近右側全膿胸ノ患者ニ Thoracotomie mit Rippenresektion ヲ施シタ所、後ニ大ナル膿胸遺殘死腔ヲ遺シタガ、恩師烏瀉教授ノ γ aseptisch⁸ノTotenraumハin totoニausheilenシ得

ルモノデアル』トノ年來ノ御教示ニ從ツテ治療ヲ續ケタ所、幸ニ好結果ヲ以テ全治センメルコトヲ得タノデ此處ニ報告スル次第デアル。

患 者：19歳、男子

既往症：生來虛弱ナルモ著患ヲ知ラズ。

現病歴：本年1月末頃數日間猛烈ナル寒氣ニ曝サレテヨリ右側急性肺炎ニ罹リ、本院ニテ内科的治療ヲ受ケタガ3週間ヲ經過スルモ高熱分利シ來ラズ、遂ニ右側臍胸ヲ併發シテ外科ニ送ラレタモノデアル。

現 症：(發病後22日目)患者ハ高度ニ羸瘦貧血シ、呼吸ハ淺薄逼迫シ、呼吸運動ニ際シ右側半胸ハ殆ド運動セズ。打診、聽診並ビニレ線所見共ニ右側全臍胸ノ像ヲ呈ス。

手 術：即日 Thoracotomie mit Rippenresektion ヲ右後腋窩線上第Ⅷ肋骨部ニ行ヒ、黃色無臭濃厚ナル臍汁約500ccヲ排出、Lゴムヲ排膿管ヲ挿入シテ手術ヲ終ツタ。臍中ヨリハ連鎖狀球菌ヲ證明シタ。

經 過：術後臍ノ排出良好ニシテ一旦體溫下降シタガ1週間後ヨリ再ビ發熱、爾後37—39°Cノ弛張熱繼續シテ解熱シナイノデ術後48日目ニ造影劑トシテ20%臭曹溶液ヲ臍胸腔内ニ注入シ、レ線寫眞ヲ撮影シタ所、右側全臍胸ハ造影劑約180ccヲ容レ得ル臍胸腔殘死腔トナツテ居ルコトヲ知ツタ。

其後創口ノ瘢痕性萎縮、肋間腔ノ縮小、横隔膜ノ肥厚舉上等ニヨリLゴムヲ排膿管ガ屈曲或ハ閉塞シ、タメニ屢々臍汁滯溜シテ弛張熱去ラズ、遂ニ發病後3ヶ月ヲ經過スルニ至ツタ。

因ツテ試ミニ硝子製ノ排膿管(胸廓ノ厚サニ一致スル長サデ其ノ外端ヲ Ampullenartigニ膨大シテ胸腔内ニ落コマヌ様ニ作ル)ヲ挿入シテ經過ヲ觀察スルコトニシタ所、臍ノ排出狀態ハ誠ニ良好デ今迄3ヶ月間頑強ニ持續セル弛張熱モ次第ニ下降、一般狀態モ著明ニ恢復シ來リ、コノ排膿管挿入後11日目ニハ起立スルコトモ可能トナツタ。

一方排出スル臍量モ次第ニ減少シテ serös, dünn トナリ遂ニ無菌トナルニ至ツタノデ硝子排膿管挿入後19日目ニ(遺殘死腔ハ尙ホ 100ccヲ容レ得ル大サヲ有シテキタガ)思ヒ切ツテ試験的ニコノ排膿管ヲ拔去シテ見タ。ヘルト瘻孔ハ拔去後5日ニシテ完全ニ閉鎖治癒シ、腔内ニ再ビ臍ノ滯溜ヲ來スコトナク熱發ヲ見ルコトモナク、歩行モ自由トナリ、發病後5ヶ月ニシテ遂ニ全治退院スルコトヲ得タ。

全治後ノレ線寫眞ニテハ判然タル Totenraumノ影像ヲ證明シ得ナイガ、排膿管拔去前ニ尙ホ 100ccヲ容易ニ容レ得ル Höhleガアツタコトカラシテ、コレガ早急ニ肉芽ヲ以テ充填サレタトハ理解デキナイ。aseptischノTotenraumヲ有シタ儘 ausheilenシタト理解スルヲ妥當ナリト考ヘル。

此ノ1症例ニ於テ余ノ最モ欣快トスル所ハ恩師鳥潟教授ノ年來ノ御教訓タル aseptischノTotenraumハ in totoニ ausheilenセシメ得ル』ト云フコトヲ如實ニ體驗シ得タコトデアル。

尙ホ硝子排膿管ハ本例ノ如ク萎縮閉塞スル傾向アル排膿口ニ用フル時ハ其ノ排膿機能ヲ完全ニ行ヒ得、又其ノ挿入、拔去等ニ際シテ gut gleitendナルヲ以テ reizlosニ又 mühelosニ行ヒ得ル長所ガアルコトヲ發見シタ。

47歳ノ職人ニ發現シタ肺炎双球菌性腹膜炎

長濱病院 長 岡

浩 (京都外科集談會昭和11年11月例会所演)

患 者：47歳、男、大工職

主 訴：發熱及ビ下腹部殊ニ廻胃部ノ激痛

家族歴及ビ既往症：特記スベキモノナシ。

現病歴：12/Ⅷ夕、仕事ヲ了ヘテ歸宅後誘因ナクシテ突然腹痛アリ、一過性ノ激シイ嘔吐ト下痢ノ後症狀輕快ス。トコロガ翌日再ビ下腹部ニ激痛ヲ訴ヘ、翌々日疼痛ハ殊ニ廻胃部ニ著明トナリ、急性蟲様突起炎ト診

斷サレテ長濱病院ニ入院シタ。下痢及び惡心嘔吐ハ發病當初アツタノミデ以後ハナイト云フ。

入院時ノ所見：體溫 38.0°C ，顔貌稍々尖銳，脈搏殆ンド正常，呼吸左程不安ナラズ。左肺後方ニ輕ク軋聲ヲ聞ク。

局所々見：腹部膨滿ハ著明デナイ。腹筋ノ像ハ分明デ蠕動不安ナシ。腹痛ノタメ右上腿ヲ股關節ニ於テヤ、屈曲シ輕度ノ腸筋炎ヲ見ルガ如キ觀アリ。觸診スルニ局所ノ溫度上昇ナシ。殆ンド腹部全體ニ互ル強度ノ腹壁緊張アリ，殊ニ右側ハ板狀硬。壓痛ハ下腹部カラ右側腹部，殊ニ廻盲部ニ最も著明。Blumberg 氏症候ハ陰性，Rosenstein 氏症候ハ腹壁緊張ノタメ不明。又全體ニ互ツテ輕度ノ鼓腸ヲ證明シ，腸管ハ偉カニ存シ鐵響性ナラズ。

直腸膨大部ハ尋常デ，熱感ヤ、著明，Douglas 氏腔ニハ壓痛ト共ニ波動ヲ觸レル。

白血球增多(14,000)アリ，尿中ノ大腸菌ハ陰性。

診 斷：急性蟲様突起炎穿孔ニシテ腹膜炎ノ初期デ即時切開手術ノ適應アルモノト診斷サレタ。

手術所見：右直腹筋外切開ニテ開腹ス。漿液性血性膿様ノ滲出液ヲ稍々多量ニ認メ之ヲ吸引シタガ之ノモハ全く無臭デアル。小腸間ニハ輕イ纖維素性癒着ガ認メラレルガ廻盲部ニハ特別ノ變化ハ認メラレナイ。蟲様垂ハ後方ニ移動シテキル様デアアルガ腹腔内ガ攪亂サレルコトヲ恐レテ更ニ追及セズ，廻盲部ト小骨盤腔トニ排膿管ヲ挿入シ手術ヲ了ツタ。腹腔内膿液ヲ檢鏡スルニ，多量ノ膿球ト處々ニ Kapsel ヲ有スル肺炎双球菌ヲ認タルノミデ大腸菌，葡萄狀球菌，連鎖狀球菌，腸球菌，淋菌等ハハベテ陰性デアツタ。

經 過：術後腹腔内ヨリノ排膿及ビ肺炎菌「コクチゲン」注射ニヨリ一般症狀著シク可良トナリ，殊ニDouglas 氏腔ノ波動モ消退スルニ至ツタガ，2日目カラ咳嗽及ビ左肺ノ軋聲音ガ顯著トナリ，又左下腹部カラ上腹部ニカケテ次第ニ膨滿シ「イレウス」症狀ヲ呈スルニ至ツタノデ，3日目ノ夕左下腹部ニ於テ腔腸痙攣ノ人工肛門ヲ造設シ，腸管内ノ有毒瓦斯乃至液ノ排出ニ務メタ。以後ハ疼痛全ク去リ，肺ノ所見モ良好トナリ，一般症狀ハ次第ニ輕快シツ、アル。

摘 要：一般ニ肺炎双球菌性腹膜炎ハ女性殊ニ女兒ニ多ク見ラレルモノデアアルガ，本例ノ如ク50歳ニ垂ントスル勞働男子ニ發現シタコトハ珍ラシイ。又 Achutin 等ハ成人ノ肺炎双球菌性腹膜炎ハ全身症狀ガ強イ割ニ腹部ノ所見ハ輕イ，即チ若年者ノ場合ニ見ラル、嘔吐，下痢ヲ缺キ，腹壁ハ一般轉移性腹膜炎ニ見ラル、ガ如ク粘土様軟デアルト述ベテキルガ，本例ニ於テハ之ニ反シテ全身症狀ト同時ニ腹部ノ所見モ強ク若年者ノ場合ノ其レト同様ニ嘔吐，下痢ヲ初發症狀トシ，殊ニ腹壁ハ板狀硬ニ緊張シテキル。之ノ事ハ尿中大腸菌ガ陰性デアアルコト、相俟ツテ今後轉移性腹膜炎ノ診斷ニ際シ多少共參考トナルトコロガアラウカト思フ次第デアル。

慢性蟲様突起重積症ノ1例

長濱病院外科 福 知 善 雄 (京都外科集談會昭和11年11月例會所演)

患 者：51歳，男，會社員

主 訴：廻盲部ノ壓痛及ビ膨滿感

家族歴及ビ既往症：特記ス可キモノナク殊ニ此レ迄廻盲部ニ疼痛ヲ感ジタ事ナシ。

現病歴：16/Ⅱ ヲヨリ食慾頗ル減退シ翌日ヲヨリ食慾全クナク，廻盲部ニ膨滿感及ビ中等度ノ壓痛ヲ訴ヘルニ至ツタ。然シ熱感，惡心，嘔吐等ハナイ。

入院時所見：體格，栄養良好，顔貌，體溫，脈搏，呼吸等凡ベテ正常。

局所々見：腹部ハ膨滿シ，廻盲部ニハ腹筋緊張著明デ又該部ニ壓痛アレ共局所ノ溫度上昇ナシ。ローゼンスタイン氏症候ハ不明，寧ロソノ逆症狀ニ近イ。ロウシン¹⁾氏症候ハ陰性，直腸膨大部ハ正常。白血球增多

症(15,000)アルモ尿中大腸菌ハ陰性。

診 断：以上ノ所見ヨリ移動性盲腸ノ疑モアルガ白血球增多症アルコトヨリシテ急性蟲様突起炎ト診断サレタ。

手術所見：(初發症狀ヨリ約24時間後手術)右直腹筋外皮切ニテ腹腔ニ達ス。腹膜ハ強度ニ肥厚、廻盲部ハ固ク壁腹膜ニ癒着シ、蟲様突起ハ1ツノ胡桃大ノ塊トナリソノ先端ハ盲腸ノ前壁ヲ越エテ廻腸末端部上後壁ニ及ビ相互間ニハ中等度ノ癒着アリ。之レヲ鈍性ニ剝離スルニ移動性盲腸アリ同時ニ蟲様突起ノ根部ハ著シク膨大シテ然モ僅カニ波動ヲ證明ス。根部ヲ充分ニ剝離シ此ノ部デ蟲様突起ヲ切除シタル後腹壁ヲ閉塞シ手術ヲ終ル。

經 過：術後3日デアルガ經過ハ良好デアル。

切除標本：蟲様突起重積ノ像ヲ呈シ、其ノ侵入部ト英鞘部トハ固ク癒着シ、且ツ肉芽組織ガ其ノ間ニ發達シテ輕度ノ假性波動ヲ示ス。

考 察：本例ハ急性蟲様突起炎ノ診断ノ下ニ手術ヲ行ヘル所、慢性蟲様突起重積症ノ經過中ニ急性炎症性變化ヲ來シタルモノデアツタ。切除標本ニ就テ知ラル、如ク本患者蟲様突起重積症ハ其ノ經過ガ慢性ノモノナルコトハ明ラカニシテ恐ラクハ移動性盲腸ガソノ一原因ヲナシ、初メ自覺的ニハ何等ノ症狀ヲ來スニ至ラナカツタモノガ、次第ニ炎症性癒着ヲ營ミ移動性盲腸ト相俟ツテ今回ノ如キ急性蟲様突起炎ノ症狀ヲ誘發シタモノト考ヘラレル。

臨床診断ト手術所見

脊髓中心水腫ノ1手術例

鬼 川 誠 (京都外科集談會昭和11年10月例會所演)

患 者：21歳ノ男子

主 訴：右側下肢ニ於ケル「シビレ」感及ビ知覺鈍麻

家族歴：父親ガ腦溢血デ死亡、出血性素因ヲ認ム。

既往歴：1昨年11月米俵ヲ荷負フテ倒レ右側下肢ニ外傷ヲ受ケシ外著患ナク、特ニ性病ヲ否定ス。

現病歴：本年1月12日「スキー」ヲ行ヒ、「ジャンプ」室ノ急「スロープ」ニ於テ轉倒シ、腰部ヲ強打シ、疼痛ノ爲メ凡ソ10分間程動ケナカツタガ、意識明瞭、其ノ後「スキー」ヲ繼續シテ歸宅セシガ、以來時々腰部ノ疼痛ヲ來タシ、2月中旬ヨリ左右兩側下肢第Ⅰ趾ノ「シビレ」感、知覺鈍麻ヲ來シ、漸次其ノ範圍ヲ増大シ、3月中旬ニハ右側下肢全面、左側膝關節以下ニ及ビ、當時脚氣ノ治療ヲ受ケシモ輕快スルニ至ラズ。3月下旬ヨリ排尿ニ際シ以前ヨリモ強ク腹壓ヲ加ヘナケレバ排尿シニクナリ、5月中旬ヨリ歩行ニ際シ左側膝關節ヲ充分舉上スル事ガ不可能トナリ輕度ノ歩行困難ヲ伴フニ至リ、漸次是等ノ症狀ハ其ノ度ヲ增強スルニ至レリ。

現 症：體格中等、榮養佳良、脊椎ハ外部ヨリハ第Ⅶ胸椎ノ棘狀突起ニ輕イ打敲痛ヲ認ムル外異常ナク、X線寫眞ニ於テモ何等病的變化ヲ認メズ。下肢ノ血管運動神經障礙、榮養神經障礙等ヲ認メズ。知覺鈍麻ハ右側半身臍高以下並ビニ左側膝關節以下ニ在リ、觸覺脫失ハ右側第Ⅰ趾ヨリ下腿内面ニアリ、痛覺脫失ハ右側第Ⅰ趾ニノミ是ヲ證明シ、運動障礙ハ以上知覺障礙ノ高度ナル右側ニハ全然ナク、左側ニノミ是ヲ證明シ、即チ左側下肢全體ニ痙攣性麻痺アリ、背位トシテ下肢ノ運動ヲ命ズルニ右側ハ正常ナルモ、左側ハ運動緩慢ニシテ Grobe Kraft 減弱シ、他動運動ニハ強直ヲ認メ、膝蓋腱反射、「アヒレス」腱反射ハ左右共ニ